

原发性甲状腺鳞状细胞癌术后颈总动脉破裂 1 例

胡春¹ 张霞¹ 揭定辉¹ 张春锋¹ 白子彬¹

[关键词] 甲状腺肿瘤;鳞状细胞癌;颈总动脉破裂

DOI:10.13201/j.issn.2096-7993.2021.12.016

[中图分类号] R736.1 [文献标志码] D

Common carotid artery rupture after operation of primary thyroid squamous cell carcinoma: a case report

Summary Primary squamous cell carcinoma of the thyroid is a very rare tumor, accounting for less than 1% of all thyroid tumors. In addition, primary thyroid squamous cell carcinoma progresses rapidly and the prognosis is poor. The average survival time is about 6 months. This article explores the causes and treatment of common carotid artery rupture after thyroid squamous cell carcinoma involving the common carotid artery, esophagus, trachea, recurrent laryngeal nerve, methods and prognosis.

Key words thyroid neoplasms; squamous cell carcinoma neoplasms; common carotid artery

1 病例报告

患者,男,60岁,因“声音嘶哑1周”于2020年4月6日入院。甲状腺彩超检查:甲状腺左侧叶低回声团,建议TI-RADS:4B类。颈部增强CT检查:考虑甲状腺左叶占位病变,周围部分脂肪间隙模糊,与临近食管及气管左侧壁分界欠清,增强扫描不均匀磨玻璃样改变强化。喉部、甲状腺MRI增强检查(图1):甲状腺左叶明显增大,其内见团块状异常信号影,大小4.7 cm×3.1 cm×2.5 cm边界欠清,部分层面灶与食管、气管和左侧颈总动脉分界欠清,增强扫描后呈均匀强化。纤维喉镜检查:左侧声带麻痹。余各项术前检查未见明显异常。于2020年4月10日在全身麻醉插管下行甲状腺癌扩大根治术+甲状腺全切术+喉返神经探查术+左侧颈部淋巴结清扫术+气管切开术。术中送冷冻快速病理切片示:恶性,考虑鳞状细胞癌。术中见:左侧甲状腺肿物,质硬,大小6.0 cm×7.0 cm,累及左侧气管、食管、左侧喉返神经,同时肿瘤与IV区位置左侧颈总动脉和左侧颈内静脉粘连,术中完整切除肿瘤,同时于食管、气管、左侧颈总动脉、左侧颈内静脉剥离肿瘤,肉眼下完整切除肿瘤。切除肿瘤后食管部分肌层受损,给予修补,颈总动脉壁完整。术后给予抗感染,补充左甲状腺素钠片、补钙等对症支持治疗。术后病理检查示(图2):双侧甲状腺鳞状细胞癌(中分化),脉管内见癌栓形成,Ⅲ区、Ⅵ~Ⅶ区淋巴结转移。术后第6天患者进食欠佳安置胃管时,患者剧烈咳嗽后突发气管导管口、口鼻、负压引流球短时间内充满大量鲜血,口腔及颈部手术切口有大量鲜血流出,出血量预估在500 mL以上。当值医生立即将气管导管的气囊注入5 mL以上气体,防止血液误吸入气道

内导致患者死亡,同时使用医用纱布持续压迫颈部止血,另外,积极行抗休克治疗,联系手术室急诊行探查止血手术,全身麻醉后打开颈部切口,清理积血及凝血块。术中确定左侧颈总动脉位于左颈IV区处破裂,破裂口达环周3/4,左侧颈总动脉局部管壁质脆,其破裂口呈现为不规则形态,颈总动脉血管结构变薄弱,已经无法再次修补,与患者家属充分沟通后行左侧颈总动脉结扎止血术。患者术后麻醉清醒后,意识清楚,查体右侧瞳孔约1.5 mm,左侧瞳孔2 mm,对光反射迟钝,左侧肢体可遵嘱活动,右侧肢体肌力0级,病理反射未引出。术后给予重酒石酸去甲肾上腺素(1周)维持血压130/90 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)左右,以保证脑灌注压,使脑部侧支循环血管开放,减少脑部并发症的产生。血塞通(2周)、低分子量肝素钠、右旋糖酐葡萄糖(10 d)预防静脉血栓形成。依达拉奉(2周)清除氧自由基,改善急性脑梗死所致的神经症状和功能障碍。甘露醇脱水,降低颅内压,防止脑水肿、脑疝。术后头低位平卧1周,避免头位抬高。术后第1天请康复科指导偏瘫肢体综合训练、手功能训练及推拿治疗。余继续抗感染,加强局部换药等对症支持治疗。术后脑动态容积灌注+头颈CTA检查示(图3):左侧颈总动脉全程闭塞,伴左侧大脑半球急性期脑梗死。脑灌注示:左侧大脑半球灌注不良及侧支循环建立,伴少许梗死核心区(体积约6.1 cm³)及大片缺血半暗带形成(体积约234 cm³)。术后2周患者右上肢肌力3级,右下肢肌力4级,左侧肢体肌力5级,双下肢无水肿。出院时患者双侧瞳孔等大等圆D≈2.0 mm,对光反射灵敏。四肢活动自如,可独立步行,四肢肌张力不高,坐位平衡3级,站立平衡3级。

¹泸州市人民医院耳鼻咽喉头颈外科(四川泸州,646000)
通信作者:孙晓强,E-mail:434928628@qq.com

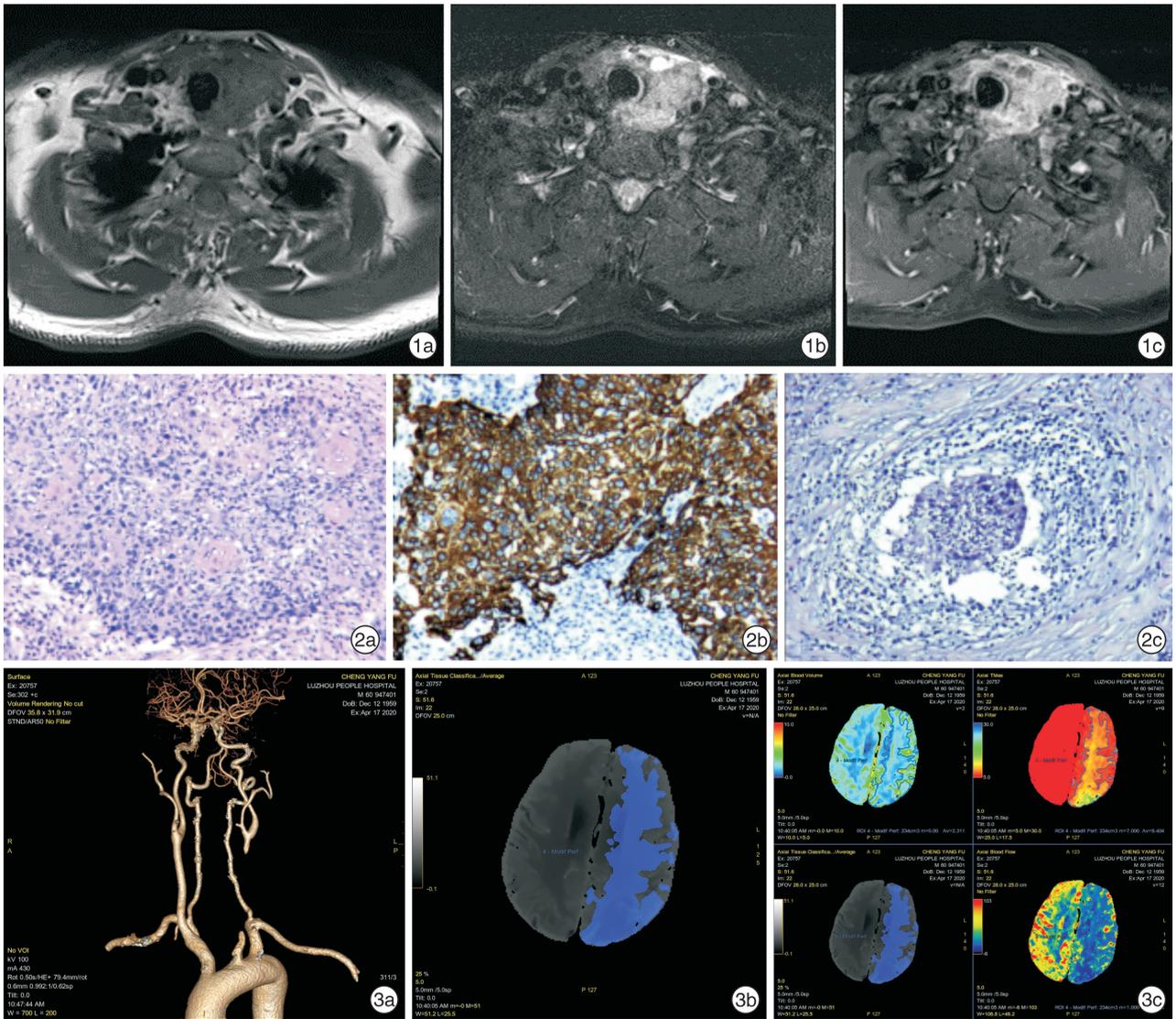


图 1 患者喉部、甲状腺 MRI 增强检查 1a:甲状腺 MRI 平扫;1b:甲状腺增强 MRI T₂ 压脂;1c:甲状腺增强 MRI T₁ 压脂; 图 2 患者术后病理检查 2a:鳞状细胞癌呈巢团状,条索状结构,可见角化珠形成;2b:中倍放大 HCK 阳性 ELPS 法;2c:淋巴组织中见鳞状细胞癌栓形成; 图 3 患者术后脑动态容积灌注+头颈 CTA 检查 3a:左侧颈总动脉破裂结扎术后改变;3b:左侧颈总动脉结扎术后第 1 天左侧缺血半暗带;3c:左侧颈总动脉结扎术后第 1 天血流灌注参数对比。

2 讨论

原发性甲状腺鳞状细胞癌是一种非常罕见的肿瘤,占有甲状腺肿瘤的 1% 以下^[1],且原发性甲状腺鳞状细胞癌进展快,预后差,平均生存期为 6 个月左右。原发性甲状腺鳞状细胞癌归属于未分化癌范畴,是由未分化的甲状腺滤泡细胞构成的高度侵袭性恶性肿瘤^[2]。目前临床上针对甲状腺未分化癌^[3]主要采取综合治疗,作为临床医生同时需评估患者的全身基本情况,以及患者对其将来生活的要求来进行个体化量化治疗。有极少部分患者发现甲状腺未分化癌时瘤体相对比较小,存在手术完整切除肿瘤的机会,部分患者手术后还需要放化疗,经综合治疗这部分患者疗效仍不乐观。目前从临床治疗经验总体疗效而言甲状腺未分化癌预

后差、生存时间短。部分患者甲状腺未分化癌在就诊时甲状腺已侵犯甲状腺外组织,此时患者病情进展较快,基本已丧失手术机会。当甲状腺未分化癌压迫气管,并引起患者出现呼吸困难时,尽量切除肿瘤,行气管切开术。综上所述,甲状腺未分化癌患者的全身检查评估不存在远处转移和气道梗阻,患者本人在了解甲状腺未分化癌疗效前提下,要求进行综合治疗,可以首先选择外照射治疗+手术治疗,或者选择手术治疗+外照射治疗方式。周东辉等^[4]阐述了未分化甲状腺癌的靶向及免疫治疗,展现出一定的前景。

甲状腺癌的手术切口本身属于 I 类,为无菌手术切口,只有少部分患者当甲状腺未分化癌侵犯到喉、气管、食管时,肿瘤与食管或气管相通,此时切

除肿瘤,手术切口就属于Ⅱ类污染切口。甲状腺相关手术术后切口发生感染概率为 1%~2%。极少数患者术后可因为感染因素导致颈部的大血管破裂出血,危及生命^[2]。相对于头颈部相关的肿瘤手术而言,术后发生颈动脉破裂的发生率为 3%~5%^[5]。目前临床上普遍认为颈动脉破裂比较常见的危险因素存在如下几种情况:①根治性的颈部淋巴结清扫手术;②皮瓣存在感染坏死;③肿瘤侵犯颈总动脉;④外伤(刀砍伤、车祸伤);⑤局部炎性因子感染后腐蚀,瘘管形成;⑥肿瘤侵犯到颈总动脉;⑦局部炎性因子感染后腐蚀,瘘管形成;⑧放疗(肿瘤术前、术后)等^[6-7],然而很大部分患者往往是合并了多种相关的危险因素。本例患者考虑颈总动脉破裂原因,一是左侧颈总动脉术前存在与甲状腺未分化癌粘连情况,正常人颈动脉的内-中膜厚度约为 0.8 mm,颈动脉外膜是由弹性纤维组织成分和相对比较脆弱的纵向排列的螺旋状胶原纤维束组成,所以在术中从颈总动脉剥离瘤体时存在损伤颈总动脉血管壁的风险^[8],在手术时从颈总动脉完全剥离瘤体的过程中,导致颈总动脉外膜结构薄弱,出现动脉滋养血管破坏,导致动脉壁出现炎症反应,血管壁变脆;二是局部感染,导致动脉受累,继而破裂。刘杰等^[9]指出,感染会导致人体任何组织结构的破坏性坏死、血管管壁的脆性增加,以及腐蚀破坏血管。临床上感染性颈动脉破裂在发生前,患者往往存在伤口红肿、热痛、皮瓣出现坏死的迹象和瘘口等形成,这些是局部组织表现出已经感染的临床症状和体征。本例患者术后第 3 天换药时发现左侧颈部、左耳下疼痛肿胀,左侧引流管引流物呈黄白色,不排除感染可能。当颈动脉破裂时首选治疗方法是血管内介入治疗,考虑本例患者颈总动脉破裂感染可能性大,颈总动脉感染导致的破裂,如果选择血管内介入治疗,治疗风险高,而且颈总动脉感染灶仍存在给予介入治疗放入血管支架很容易排出,导致手术失败而使患者失去抢救机会^[10]。同时对于已存在感染的颈动脉破裂患者,如果再进行血管内栓塞或者血管支架置入后将会增加血栓形成、支架阻塞、再次出血以及脑脓肿形成风险^[11]。因此,本例患者术中最终决定行颈总动脉结扎术。

本研究建议术前评估颈总动脉受侵犯时,术中及术后可能会出现颈总动脉破裂的可能,术前行球囊闭塞试验评估患者对血管闭塞后的耐受性。如果球囊闭塞试验阳性(不能耐受 BTO),对于甲状腺鳞状细胞癌累及颈总动脉,可以采取姑息手术方式,残留部分肿瘤。另外,术中行颈动脉残端回流压测定则可以预测颈总动脉结扎后预后。Ikemura 等^[12]报道指出,若术中测得收缩期回流压大于 9.33 kPa,表明其侧支循环良好,可安全结扎颈

动脉;若回流压界于 7.33~9.06 kPa,结扎动脉有一定危险性;如回流压低于 7.33 kPa,其偏瘫、失语、脑软化等并发症则相当高。目前国内最新研究报告,为了解颈总动脉或颈内动脉与颈部肿瘤粘连无法切除问题,技术成熟单位可考虑切除肿瘤同时,一期重建颈总动脉或颈内动脉,可以提高手术根治性切除肿瘤概率和降低肿瘤复发率,同时也可以降低术后出现颈内或是颈总动脉破裂导致的致死性并发症发生率^[13]。

本例患者在术前没有行球囊栓塞试验和术中颈动脉残端回流压测定,左侧颈总动脉结扎后未出现严重并发症可以归纳以下几点:①患者自身的大脑侧支循环尚可,术后脑动态容积灌注+头颈 CTA 检查示左侧颈总动脉全程闭塞,伴左侧大脑半球急性期脑梗死;脑灌注示左侧大脑半球灌注不良及侧支循环建立,伴少许梗死核心区(体积约 6.1 cm³)及大片缺血半暗带形成(体积约 234 cm³);②患者颈部肿瘤压迫颈总动脉,使左侧大脑供血降低,进而可能使部分大脑侧支循环开放,或是使大脑对左侧血供减少提前适应;③术后维持大脑的高灌注,有利于侧支循环的建立和改善大脑供血,主要措施体位采取头低位,同时给予重酒石酸去甲肾上腺素(1 周)维持血压 130/90 mmHg;④抗凝药物的应用:血塞通(2 周)、低分子量肝素钠、右旋糖酐葡萄糖(10 d)预防脑梗死和静脉血栓形成,促进大脑功能恢复;⑤防止脑水肿和改善脑功能药物应用:临床主要预防脑水肿的药物甘露醇,其能够经过渗透性脱水方式来降低脑组织内部的积水量,达到提高血浆渗透压的效果,同时甘露醇还能够将细胞间液当中的水分迅速转移到血管当中,加速相关组织的脱水,最终达到缓解病症引发的脑水肿作用,同时应用依达拉奉(2 周)清除氧自由基,改善急性脑梗死所致的神经症状和功能障碍;⑥康复训练提前介入:患者颈总动脉结扎术后第 1 天行偏瘫肢体综合训练、手功能训练及推拿治疗,有效地避免了偏瘫后遗症的发生;⑦抢救及时:患者突发颈总动脉破裂后,立即压迫止血,同时给予双通道输液和配血,及时到达手术室进行止血,使患者低血容量时间较短,大脑灌注压降低时间短,有利于术后大脑功能恢复。

参考文献

- [1] 尹峰燕,张晓健,张晓舟,等.原发性甲状腺鳞癌的临床诊治与生存分析[J].肿瘤基础与临床,2018,31(4):354-356.
- [2] 中华人民共和国国家卫生健康委员会.甲状腺癌诊疗规范(2018年版)[J].中华普通外科学文献(电子版),2019,13(1):1-15.
- [3] 陈国芳,刘超.2012年美国甲状腺学会甲状腺未分化癌诊治指南解读[J].中华内分泌代谢杂志,2014,30(4):284-287.

儿童双侧鼻腔磁性异物 1 例

罗晨曦¹ 黄正华¹ 李琦¹

[关键词] 鼻腔;磁性异物;儿童

DOI:10.13201/j.issn.2096-7993.2021.12.017

[中图分类号] R765.8 [文献标志码] D

Magnetic foreign body in bilateral nasal cavity in children: a case report

Summary In recent years, with the increase of magnetic toys, the intake of magnetic foreign bodies is an increasing problem in pediatric emergency. The strong suction of the magnetic foreign body can lead to necrosis, perforation, and infection of surrounding tissues. The site of magnetic foreign body injury is mainly the esophagus, intestines, stomach, a few in the pharynx, etc. This requires early assessment and appropriate intervention to avoid further harm. Because of its unique physical properties, magnetic foreign bodies in bilateral nasal cavity are rarely reported. Now we have a case of a bilateral magnetic foreign body in the nasal cavity.

Key words nasal cavity; magnetic foreign body; child

1 病例报告

患儿,男,7岁,2019年8月10日因“鼻腔误塞吸铁石鼻塞2周”于我院急诊就诊。无鼻痛、流涕及鼻腔出血,未予特殊处理。专科检查:患儿神志清晰,呼吸平顺,双侧下鼻甲稍水肿,前鼻镜下见双侧鼻腔银白色异物,紧紧吸附于鼻中隔两侧。因异物吸附较紧且患儿无法配合而难以取出,遂拟“双鼻腔异物”收住入院。病程中,患儿一般情况尚可,无呼吸困难,无头痛头晕,无发热,大小便正常。住院后在全身麻醉下行鼻内镜下双侧鼻腔异物取出术,0° 2.7 mm 鼻内镜下见双侧鼻腔前部鼻中隔两侧银白色异物嵌顿,周围黏膜水肿充血明显,异物钳分别钳夹异物后取出,为两枚圆形磁铁(巴克

球),直径 0.5 cm×0.5 cm(图 1)。磁铁下方对应的鼻中隔黏膜已缺血坏死吸收,两侧鼻中隔软骨外露,大小形状与磁铁相似(图 2)。创面进行彻底止血,因创面黏膜缺损较大,未缝合,查鼻腔无异物残留。术后用重组牛碱性成纤维细胞生长因子(rb-bFGF)喷鼻,海水清洗鼻腔。术后查体:双侧下鼻甲稍水肿,鼻中隔黏膜已缺血坏死吸收,两侧鼻中隔软骨外露,大小形状与磁铁相似。出院后 1 个月复诊,发现鼻中隔穿孔(图 3)。术后 1 年随访,穿孔无变化(图 4)。

2 讨论

磁性异物被误吞误食,多为消化道异物,少数为咽部异物^[1]。近年来全球磁性异物的报道逐年增多,国内学者对消化道异物的分析中发现,磁性异物已经成为第三大异物种类^[2]。鼻腔异物在儿童中比较常见,异物多见于塑料珠子、纽扣、电池、石头、玩

¹南京医科大学附属儿童医院耳鼻咽喉科(南京,210000)
通信作者:李琦,E-mail:liqi71520@sina.com

- [4] 周东辉, 刁赉振, 朱小桦, 等. 未分化甲状腺癌的靶向和免疫治疗研究进展[J]. 浙江医学, 2020, 42(18): 1903-1908, 1920.
- [5] Upile T, Triaridis S, Kirkland P, et al. The management of carotid artery rupture[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2005, 262(7): 555-560.
- [6] 李勇辉, 王劲松, 姚陈, 等. 颈动脉体瘤切除术中颈内动脉破裂的高危因素分析[J]. 中华医学杂志, 2017, 97(22): 1724-1728.
- [7] 邓礼明, 熊国祚, 戴先鹏, 等. 头臂干动脉损伤诊治体会[J]. 中华普通外科杂志, 2018, 33(12): 1060-1061.
- [8] 孙宇, 王晓雷, 张焯, 等. 大隐静脉重建颈动脉在头颈部恶性肿瘤手术治疗中的应用[J]. 中华解剖与临床杂志, 2020, 25(2): 129-134.
- [9] 刘杰, 曾泉, 黄江菊, 等. 感染性颈动脉破裂的治疗[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2014, 21(4): 189-192.
- [10] Roh JL, Suh DC, Kim MR, et al. Endovascular management of carotid blowout syndrome in patients with head and neck cancers[J]. Oral Oncol, 2008, 44(9): 844-850.
- [11] Patsalides A, Fraser JF, Smith MJ, et al. Endovascular treatment of carotid blowout syndrome: who and how to treat[J]. J Neurointerv Surg, 2010, 2(1): 87-93.
- [12] Ikemura A, Yuki I, Otani K, et al. Evaluation of Balloon Test Occlusion Before Therapeutic Carotid Artery Occlusion: Flat Detector Computed Tomography Cerebral Blood Volume Imaging versus Single-Photon Emission Computed Tomography[J]. World Neurosurg, 2020, 133: e522-e528.
- [13] 喻国宁, 朱敏辉, 郑宏良, 陈世彩, 王伟, 张才云, 李孟, 刘菲. 颈内动脉切除一期血管重建术治疗晚期颈部转移癌的疗效分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2020, 34(10): 901-905.